

Systematic review of surgical interventions for Crohn's anal fistula

Revisión sistemática de las intervenciones para la fistula perianal en la enfermedad de Crohn

M. J. Lee, N. Heywood, S. Adegbola, P. Tozer, K. Sahnan, N. S. Fearnhead y S. R. Brown, on behalf of the ENiGMA Collaborators

DOI: 10.1002/bjs5.13

Antecedentes: Aproximadamente un tercio de los pacientes con enfermedad de Crohn presenta una fistula perianal que típicamente se trata de forma multimodal. Aún no está claro cuál es el tratamiento quirúrgico óptimo. El objetivo de esta revisión sistemática fue identificar y evaluar la literatura sobre el tratamiento quirúrgico de la fistula perianal de Crohn.

Métodos: Se llevó a cabo una revisión sistemática que analizó estudios sobre el tratamiento quirúrgico de la fistula perianal de Crohn publicados en las bases de datos Medline, EMBASE y Cochrane desde enero de 1995 hasta marzo de 2016. Se incluyeron los estudios que presentaban resultados específicos de pacientes tratados por fistula perianal de Crohn. La variable principal fue la tasa de cicatrización de la fistula. Se evaluaron los sesgos con las herramientas ROBINS-I y ROB de la Cochrane según fuera apropiado.

Resultados: Se revisaron un total de 1.628 citas. Finalmente, se seleccionaron para su análisis 6 estudios incluyendo 1.584 pacientes. Había información extensa respecto al uso de sedales, colgajos de avance y tapones para fistula. Únicamente, se encontraron estudios aleatorizados para el tratamiento con células madre y tapones para fistulas. Se observó inconsistencia en las medidas de resultado con un alto grado de sesgos.

Conclusión: Los datos que describen el manejo quirúrgico de la fistula perianal de Crohn son heterogéneos con un alto grado de sesgo. Existe una clara necesidad de estandarización de los resultados y descripción de estudios de cohorte para una mejor comprensión de las opciones de tratamiento.

Impact of performance in a mandatory postgraduate surgical examination on selection into specialty training

Impacto del rendimiento en un examen obligatorio de postgraduado de cirugía en la selección en la formación especializada

D. S. G. Scrimgeour, J. Cleland, A. J. Lee, G. Griffiths, A. J. McKinley, C. Marx y P. A. Brennan

DOI: 10.1002/bjs5.7

Antecedentes: Un gran número de cirujanos en formación del Reino Unido y también internacionales se examinan del *Intercollegiate Membership del Royal College of Surgeons* (MRCS) como un paso obligatorio dentro de su formación quirúrgica. A diferencia de algunos exámenes médicos definitivos, MRCS está todavía pendiente de validación. Se ha realizado un estudio cuantitativo para evaluar su validez predictiva investigando la relación entre MRCS (partes A y B) y las puntuaciones de las entrevistas de la selección nacional para la práctica de cirugía general y vascular en el Reino Unido.

Métodos: Se utilizaron los coeficientes de correlación de Pearson para valorar la relación lineal entre cada valoración y el análisis de regresión lineal para identificar predictores potenciales independientes de la puntuación en la selección nacional. Se incluyeron todos los graduados en medicina del Reino Unido que aplicaron para la entrevista en el periodo 2011-2015.

Resultados: El 84% (1.231/1.458) de los candidatos fueron emparejados con datos del MRCS. Hubo una correlación significativa positiva entre la parte B del MRCS y la puntuación en la selección nacional ($r = 0,38$; $P < 0,001$). En el análisis multivariable, el 17% de la varianza en la puntuación del primer intento en la selección nacional se explicaba por la puntuación de la parte B del MRCS y por el número de intentos (cambio en R^2 0,10 y 0,07; $P < 0,001$). Se predijo que los candidatos que requirieron más de 2 intentos en la parte B obtuvieron una puntuación 8,1% inferior que los candidatos emparejados que pasaron en el primer intento.

Conclusión: Este estudio apoya la validez de MRCS y demuestra su valor predictivo en relación con la admisión para la formación especializada.

Risk factors for delayed gastric emptying following laparoscopic repair of very large hiatus hernias

Factores de riesgo de retraso del vaciamiento gástrico después de la reparación laparoscópica de hernias de hiato de gran tamaño

C. Tog, D. S. Liu, H. K. Lim, P. Stiven, S. K. Thompson, D. I. Watson y A. Aly

DOI: 10.1002/bjs5.11

Antecedentes: El retraso del vaciamiento gástrico puede complicar la cirugía de la hernia de hiato. El objetivo de este estudio fue cuantificar su incidencia después de la reparación laparoscópica de hernias de hiato de gran tamaño, identificar factores de riesgo clave para su aparición y determinar su impacto en los resultados clínicos.

Métodos: Se analizaron retrospectivamente los datos recogidos de un ensayo aleatorizado de reparación laparoscópica con malla frente a sutura en pacientes con hernias de hiato de gran tamaño (> 50% de estómago en el tórax). El retraso del vaciamiento gástrico se definió como la evidencia endoscópica de alimento sólido en el estómago después de un ayuno de 6 horas a los 6 meses de la cirugía.

Resultados: El retraso del vaciamiento gástrico se identificó en 19 de 102 pacientes (18,6%). En el análisis univariable, la hernia paraesofágica tipo 2 (RR: 3,15, i.c. 95%: 1,41-7,06), la reparación concurrente anterior y posterior del hiato (RR: 2,66, i.c. 95%: 1,14-6,18), la extirpación del saco herniario (RR: 4,85, i.c. 95%: 1,65-14,24), la funduplicatura 270°/360° (RR: 3,64, i.c. 95%: 1,72-7,68), la sección de los vasos gástricos cortos (RR: 6,82, i.c. 95%: 2,12-21,90) y la cirugía de revisión (RR: 3,69, i.c. 95%: 1,73-7,87) se correlacionaron con un retraso del vaciamiento gástrico. En el análisis multivariable, la sección de los vasos gástricos cortos (RR:

6,27, i.c. 95%: 1,85-21,26) y la cirugía de revisión (RR: 6,19, i.c. 95%: 1,32-28,96) se asociaron de forma independiente con un retraso del vaciamiento gástrico. El retraso del vaciamiento gástrico se correlacionó con efectos secundarios abdominales, incluyendo tasas elevadas de hinchazón gástrica, náusea, vómitos y anorexia, así como con una menor satisfacción del paciente con la intervención quirúrgica y la recuperación.

Conclusión: El retraso del vaciamiento gástrico después de la reparación de hernias de hiato de gran tamaño es frecuente y se asocia con síntomas adversos y menor satisfacción del paciente. La sección de los vasos gástricos cortos y la cirugía de revisión se asociaron de forma independiente con su aparición.

Experimental evaluation of liver regeneration patterns and function following ALPPS

Evaluación experimental de los patrones de regeneración hepática y de la función hepática después de ALPPS

J. H. Shi, C. Hammarström, K. Grzyb y P. D. Line

DOI: 10.1002/bjs5.18

Antecedentes: El mecanismo subyacente de la regeneración hepática después de la asociación de una partición hepática y la ligadura de la vena porta para la hepatectomía en dos tiempos (*Associating Liver Partition and Portal vein ligation for Staged hepatectomy*, ALPPS) está por aclarar. El objetivo de este estudio fue evaluar la relación entre el volumen del remanente hepático (*future liver remnant*, FLR), las características de regeneración hepática y la restauración de la función en un modelo experimental de ALPPS.

Métodos: Se desarrolló un modelo de ALPPS en ratas mediante ligadura portal selectiva, transección parenquimatosa y hepatectomía parcial (Fase I), seguida de resección hepática (Fase II). Se compararon tres grupos de ALPPS con un FLR del 30%, 20% y 10% del volumen hepático total con controles simulados y animales sometidos a resección del lóbulo lateral izquierdo y ligadura portal del 90%, analizando morbilidad, mortalidad, regeneración hepática y función.

Resultados: Se observó una tasa de mortalidad del 20 % tras la Fase I en los ALPPS con un FLR del 10%. Un 40% de los animales a los que se realizó un ALPPS con un FLR del 20% y un 75% de los ALPPS con un FLR del 10% desarrollaron ascitis tras las Fase II. Aunque el incremento relativo de tamaño y las tasas de crecimiento de FLR fueron más superiores en los grupos ALPPS, los FLR menores se asociaron a una elevación persistente de transaminasas séricas, bilirrubina y una menor cifra de albúmina, de lesión sinusoidal grave, un incremento de la expresión de marcadores de proliferación y un incremento de la activación de células progenitoras hepáticas (*hepatic progenitors cells*, HPCs) tras la Fase II.

Conclusión: Existe discordancia entre el incremento de volumen FLR y la restauración funcional después del procedimiento ALPPS.